



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 48
CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA

**GRADO DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DE LA UMF NO. 56 DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

SARA EMILIA BARRANCO MERINO

ASESORES:

MEDICO FAMILIAR, MARÍA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ

LIC. NUTRICIÓN Y M.S.T, GERMÁN ISIDRO BARRANCO MERINO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"GRADO DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF NO. 56 DE
CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. SARA EMILIA BARRANCO MERINO

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**GRADO DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO
2 DE LA UMF NO. 56 DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

SARA EMILIA BARRANCO MERINO

AUTORIZACIONES

DR. HUMBERTO CAMPOS FAVELA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN CHIHUAHUA



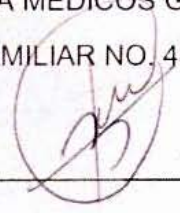
DR. RENE ALBERTO GAMEROS GARDEA

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN CHIHUAHUA



DR. JUAN LEOBARDO HERNÁNDEZ VILLA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 48 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.



**GRADO DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO
2 DE LA UMF NO. 56 DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

SARA EMILIA BARRANCO MERINO

ASESORES:

**DRA. MARÍA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 65**

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'M' and 'D' followed by 'V', written over a horizontal line.

**NUTRIÓLOGO GERMÁN ISIDRO BARRANCO MERINO
LIC. EN NUTRICIÓN Y MAESTRIA DE SALUD EN EL TRABAJO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 46**

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'G' and 'I' followed by 'B' and 'M', written over a horizontal line.

"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 22/10/2014

DRA. SARA EMILIA BARRANCO MERINO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Grado de apoyo familiar en el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el control glicémico de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de Ciudad Ahumada, Chihuahua.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-802-39

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRES JUAREZ AHUMADA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Dictamen de Modificación Autorizada

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **802** con número de registro **13 CI 08 037 150** ante COFEPRIS
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA **15/08/2016**

DRA. SARA EMILIA BARRANCO MERINO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **Grado de apoyo familiar en el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el control glicémico de pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de Ciudad Ahumada, Chihuahua.** y con número de registro institucional: **R-2014-802-39** y que consiste en:

Cambio de título

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRÉS JUAREZ AHUMADA
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

A MI MADRE

Por ser siempre la parte emotiva de mi vida, la gran fortaleza y ejemplo de valor y lucha, gracias por enseñarme tanto, por todo tu amor y tu esfuerzo en cuidarme y protegerme hasta el día de hoy... te amo mamá.

A MIS HERMANOS

Porque a pesar de la distancia siempre están presente de una u otra forma, los amo y los admiro a cada uno de ustedes.

A MI ESPOSO

A ti amor... por ser mi razón, mi cómplice, mi oído, mi pañuelo, mi sostén, por aguantar tantos cambios y seguir siempre motivándome y apoyándome... gracias por creer en mi... pero sobre todo por tanto amor que me demuestras día a día a pesar de lo difícil de las situaciones... te amo muchísimo.

A MI NENA HERMOSA

Por ser la mayor felicidad de mi vida, Sofía... has estado conmigo desde que empezó esta batalla, me has acompañado siempre desde mi pensamiento hasta mi corazón, mi preciosa bebe, eres mi gran motivo, quiero ser un ejemplo para ti y demostrarte que logras grandes cosas cuando te lo propones solo con decidir hacerlo y entregando todo tu esfuerzo y dedicación... te amo mi nena.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirme llegar hasta este momento, todos los días me demuestras tu divina presencia gracias por tantas bendiciones.

A MIS ASESORES:

Por su enseñanza y guía recibida que sin ella no sería posible la realización de este trabajo... Dra. Meléndez valiosa ayuda eternamente agradecida.

A MIS COMPAÑEROS:

Por tantas vivencias y experiencias compartidas, gracias por permitirme tener vínculos con cada uno, por todo su apoyo, por tantas sonrisas y complicidades, pocos compañeros como ustedes, gracias por permitirme conocerlos a la vez de crecer juntos.

A TODOS LOS MÉDICOS:

Aquellos responsables de mi enseñanza, desde la Dra. Meléndez, Dr. Hernández hasta el médico de rotación de hospital en cada uno de los servicios, que desinteresadamente se preocuparon por mejorar mi formación.

CONTENIDO

RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. MARCO TEÓRICO	3
2.1 DEFINICIONES.....	3
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	4
2.3 FACTORES DE RIESGO.....	5
2.4 METAS DE TRATAMIENTO	5
2.5 FAMILIA Y DIABETES MELLITUS.....	7
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	9
5.1 OBJETIVO GENERAL	9
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
VI. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
6.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR:	10
6.2 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:.....	10
6.3 PERIODO Y LUGAR DE ESTUDIO:	10
6.4 GRUPOS DE ESTUDIO:.....	11
6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	11
6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	11
6.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:	11
6.8 TAMAÑO DE LA MUESTRA:.....	11
6.9 DEFINICIÓN DE VARIABLES:.....	11
6.9.1 VARIABLES INDEPENDIENTES:.....	11

6.9.2 VARIABLE DEPENDIENTE:.....	13
7.0 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:	14
VII. ANÁLISIS DE LOS DATOS:	15
VIII. RECURSOS.....	16
8.1 HUMANOS:.....	16
8.2 FÍSICOS:.....	16
8.3 MATERIALES:	16
8.4 FINANCIEROS:.....	16
IX. ASPECTOS ÉTICOS	16
X. RESULTADOS:	19
XI. DISCUSIÓN	26
XII. CONCLUSIÓN	27
XIII. RECOMENDACIONES	28
XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	29
XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	30
XVI. ANEXOS.....	33

RESUMEN

GRADO DE APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF NO. 56 DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.

Presenta: Barranco Merino Sara Emilia, Asesores: Meléndez Velázquez María Dolores, Barranco Merino Germán Isidro.

Introducción: La diabetes mellitus es la primera causa de muerte nacional y la tasa de mortalidad crece 3% cada año, afecta a la persona, pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, a su vez, repercute en el control de la diabetes el apoyo familiar es fundamental para mejorar su control y evitar complicaciones esta investigación pretende demostrar el grado de apoyo que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, por parte de sus familiares.

Objetivo general: Determinar el grado de apoyo familiar pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF 56 del IMSS de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se llevó a cabo la recolección de datos sobre la población derechohabiente de UMF No. 56 con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 del consultorio de turno vespertino, se les aplicó con previa firma de consentimiento informado un cuestionario con datos sociodemográficos y de salud, así como cuestionario para evaluación del apoyo familiar al diabético tipo 2.

Resultados: el apoyo familiar se obtuvo en grado medio con un 65.05%, la edad media oscila entre la década de los 50 años con un porcentaje de apoyo medio de 19.42%, el estado civil con mayor apoyo es en los casados en un 38.83%. La escolaridad que prevalece es primaria completa con un 22.33%, el género femenino es el que recibe mayor apoyo con un 46.60%, asimismo la comorbilidad más frecuente es hipertensión arterial con un 57.28% en esta última correlación con una Chi cuadrada significativa de 0.012.

Conclusiones: El apoyo que se obtiene de los familiares no es suficiente por lo que se debe de incluir con más insistencia a los controles mensuales a los familiares, no importando edad, género, escolaridad, estado civil, comorbilidad.

Palabras clave: Apoyo familiar, Diabetes Mellitus tipo 2.

I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus en las últimas décadas constituye un gran problema de salud pública, donde un gran porcentaje de los que la padecen se encuentran en descontrol ya que en Latinoamérica solo el 16.3% de los adultos con DM2 con previo diagnóstico tiene control glicémico adecuado y en México, de acuerdo a los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición "ENSANUT 2006" un 56.2% de los pacientes con DM2 con diagnóstico previo presentó hemoglobina glucosilada (HbA 1c) mayor de 11.1%.

Se ha observado la gran influencia que tiene el apoyo familiar para diferentes aspectos médicos y no es una excepción en el seguimiento del tratamiento de la diabetes mellitus, al igual que otras enfermedades físicas crónicas, requiere de controles y cuidados y es aquí donde el papel de la familia toma un papel muy importante para que el paciente enfrente mejor y en todos sus aspectos a la enfermedad.

La diabetes afecta a la persona pero también repercute en su sistema familiar y a su vez, la actitud de la familia, repercute en el control de la diabetes, el paciente al sentir a su familia cerca e involucrada con su enfermedad logra mejor apego ya que acude con mayor regularidad a sus citas, se informa más acerca de su padecimiento y no únicamente para el paciente sino que los demás miembros de la familia reciben una mayor información, lo que puede significar mucho porque la misma familia toma medidas de prevención al conocer más acerca de la diabetes para sí misma, por el solo hecho de haber vivido junto con su familiar enfermo todo lo que conlleva este padecimiento. La adhesión cubre una variedad de conductas como: iniciar y continuar un programa de tratamiento, asistir a las horas de consulta y acudir a las revisiones, tomar correctamente la medicación prescrita, mantener los cambios iniciados en el estudio de vida (control del estrés, alimentación, ejercicio físico, etc.) es por ello el papel fundamental que tiene el familiar cuyo objetivo es lograr mejores resultados en su control metabólico y por consecuencia evitar sus complicaciones.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIONES

La familia es un conjunto de personas ligadas por vínculos de parentesco. Este conjunto tiene determinados lugares que están marcados culturalmente. La familia canaliza las normas culturales de la sociedad marcando los valores sociales que destacan dentro de un grupo (1)

Una familia puede ser definida por el grado de parentesco que existe entre sus miembros, así tenemos la familia nuclear o círculo familiar formada por los padres y sus hijos, y la familia extensa que incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, junto con la familia nuclear; en tanto que la familia compuesta es aquella que está formada por los padres y sus hijos, pero cuentan con integrantes que mantienen vínculos consanguíneos con solo uno de los padres. (4)

Dado que la aparición de enfermedades no está determinada por factores genéticos, los patrones de conductas familiares, sociales y ambientales contribuyen de manera importante a disminuir o aumentar la vulnerabilidad de la persona a padecerlas. Por lo que la prevalencia de problemas como los accidentes, adicciones, obesidad, diabetes mellitus, etc., están determinados principalmente por los estilos de vida y las creencias generadas en el seno familiar.

La diabetes mellitus es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, la caracteriza por la presencia de hiperglucemia secundaria a una reducción en los niveles de insulina circulante o a un déficit en los efectos tisulares de esta hormona, en la DM tipo 2 suele tener un periodo asintomático prolongado que dificulta su diagnóstico precoz, (1) esta situación desarrolla complicaciones irreversibles, invalidantes y mortales con notable afectación de la calidad de vida, en la mayoría de pacientes con larga evolución de la enfermedad por complicaciones microangiopáticas, en especial renales y oculares, así como macroangiopatías con afección de arterias coronarias, enfermedad vascular

periférica y neuropatía. (2) es por eso necesario el apoyo de la familia para vigilancia de apego a los diferentes rubros del tratamiento.

El apoyo se considera que puede ser real o recibido, y los pacientes que tienen el apoyo creen que son queridos y atendidos, estimados y valorados, el apoyo familiar es un recurso que cuando se percibe como disponible, afecta a cómo valoran y responden los individuos a los acontecimientos y los individuos que perciben un elevado nivel de respaldo tienen más probabilidades de valorar los acontecimientos como menos estresantes en comparación de los pacientes que no perciben que tengan ningún respaldo.

Hay diversos tipos de apoyo social y de sus funciones en función de lo que ofrezca la persona que proporciona el apoyo y en cuanto a lo que recibe el receptor, se han descrito cinco tipos básicos: el apoyo emocional, apoyo a la estima, apoyo tangible/instrumental, respaldo de información, y red de apoyo. (3)

2.2 EPIDEMIOLOGÍA.

La diabetes mellitus es la primera causa de muerte nacional, la tasa de mortalidad crece 3% cada año. En el IMSS, entre 2004 y 2010 fue la primera causa de muerte, con 21 096 defunciones en 2011. (2) En un estudio de investigación de Canela-Soler menciona que en nuestra frontera El Paso-Ciudad Juárez la prevalencia de DM2 diagnosticada fue un 19.5% en la parte mexicana y de 16,1% en la estadounidense. (3) Esta cifra va en aumento ya que se calcula que el número de adultos con diabetes mellitus incrementara tres nuevos casos cada diez segundos. (4) Según la OMS la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. Debido a esto es importante implementar líneas estratégicas de prevención para su incidencia así como las medidas necesarias para el apego al tratamiento con el fin de mejorar la calidad de vida y la disminución de su mortalidad. Una dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes tipo 2 o retrasar

su aparición, (5) además de prolongar y evitar las diversas complicaciones de dicho padecimiento cuando se diagnostica.

2.3 FACTORES DE RIESGO

Los cambios en el estilo de vida y el régimen alimentario que actualmente se observa en nuestra sociedad han sido predisponentes para el aumento del sobrepeso, la obesidad, la inactividad física y la alimentación inadecuada considerados como factores de riesgo para contraer diabetes mellitus, es una enfermedad irreversible y el tratamiento es de por vida por tal motivo su cumplimiento es indispensable, si el paciente cumple con el apego a: ejercicio diario, dieta adecuada, y tratamiento médico así como el abandono del tabaco es posible prevenir complicaciones y que su calidad de vida no se vea afectada. Según un estudio sobre el estado de la epidemia de diabetes mellitus en México es de primordial importancia generar interés público sobre la diabetes para consolidar una respuesta social y reducir el impacto de salud que conlleva, es por eso que se debe de impulsar hacia una alimentación adecuada. (6) Además de la motivación hacia el interés de los familiares para con sus enfermos crónicos logrando que al tener un mayor conocimiento e involucramiento de la enfermedad, se obtengan por parte de la familia mayores medidas de prevención y control para su familiar con diabetes mellitus y a su vez una mejoría en el estilo de vida que repercutiría en cada miembro del grupo familiar.

2.4 METAS DE TRATAMIENTO

Las metas del tratamiento incluyen: prescripción de un plan de alimentación e instrucción al paciente sobre su empleo, inicio de un plan de ejercicio y alcanzar el peso ideal, selección de un fármaco hipoglucemiante (si está indicado), normalización de la presión arterial y de los lípidos séricos y eliminación del tabaquismo. (7)

La conducta de cumplir el tratamiento esta mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tienen de la enfermedad, encontrándose además implicados aquí procesos motivacionales y volitivos para recuperar la salud. (8) Por tal motivo es de vital importancia valorar la cercanía de la familia para la vigilancia del apego de su tratamiento, las indicaciones médicas, medidas preventivas y el seguimiento de una alimentación saludable. Sin una alimentación programada, la cual ha sido considerada como uno de los pilares del tratamiento de la diabetes, en cualquiera de sus formas, es difícil lograr un control metabólico adecuado aunque se utilicen medicamentos hipoglucemiantes de alta potencia. En muchos casos, junto al ejercicio, constituye la única medida terapéutica. (9) Logrando así mantener un nivel de glicemia y Hemoglobina Glucosilada A1c (HbA1c) normales o casi normales, mantener parámetros lipídicos que reduzcan el riesgo cardiovascular y lograr presiones arteriales en rangos aceptables y seguros.

Diversos estudios han reportado mejorías del control metabólico con reducción de la HbA1c entre 0.25 y 2.9 % con terapia nutricional luego de 3 a 6 meses de iniciada, observándose los mejores resultados en pacientes diabéticos de corta evolución. (10) Por tal motivo es importante involucrar también a los familiares en las diversas terapias nutricionales o por lo menos establecer recomendaciones para el seguimiento de una alimentación saludable en base a las normas establecidas, se ha observado que las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia.

Otro de los aspectos del tratamiento es el ejercicio el cual no solo es de beneficio para los pacientes con diabetes sino también es recomendable para la práctica de toda persona que quiera mejorar su salud, ya que están ampliamente comprobados sus efectos benéficos sobre la función cardiovascular, tensión arterial, concentración de lípidos y una mejoría en la sensación de bienestar en aquellos que lo practican en forma regular.

En México 22.7% de los adolescentes entre 15 y 18 años son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos. En adultos mexicanos de 20

a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente 47.3% en los últimos seis años (2006-2012). Este fenómeno es similar al observado en otros países. (11) El ejercicio ha demostrado que mejora la sensibilidad a la insulina, ayuda a disminuir de peso y por lo tanto el control de la glucemia es mejor. Por tal motivo es necesario cambiar esta tendencia al sedentarismo e implementar la cultura del ejercicio diario y regular.

La realización de ejercicio físico más de 120 minutos semanales reduce el riesgo de enfermedad coronaria y cerebrovascular y una mejor condición física se asocia a una disminución de riesgo de muerte. (12)

Es por este motivo que involucrar a la familia en el seguimiento del tratamiento se convierte en un arma para mejorar esta adherencia y conseguir mejoras en el control glucémico, con este apoyo familiar ante la vigilancia del apego a la dieta, ejercicio, tratamiento, se previenen las diversas complicaciones del padecimiento, pues se han encontrado que las tasas de incidencia de adherencia a las recomendaciones de los clínicos no suelen superar el 50%, con una oscilación entre el 30% y el 60%, bien por olvido, por no comprender los mensajes o por falta de acuerdo en cumplirlos. (13) Y es aquí el papel de familiar en las consultas, ayudar para evitar que esto suceda.

2.5 FAMILIA Y DIABETES MELLITUS

La diabetes afecta a la persona pero repercute en el sistema familiar y la actitud de la familia, a su vez, repercute en el control de la diabetes. Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. Las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la diabetes, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas o complicaciones. (14)

Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que cualquier otra. También es evidente que la educación para la salud desempeña un papel fundamental en las enfermedades ya que posibilita un mejor control de las mismas, con la participación decidida de los pacientes. (15) Una educación estructurada del paciente como parte integral de su tratamiento desde el momento de su diagnóstico favorece su auto-cuidado, auto-monitoreo y adherencia terapéutica. (16) Un estudio acerca de la asociación del control glicémico con el apoyo familiar se observa que 62% de los pacientes en control, contaban con apoyo familiar alto. (17)

El apoyo del familiar es importante en la vigilancia de la enfermedad, es clave en el control metabólico y en el cumplimiento de su tratamiento. Se halla integrado por empatía, estímulo, información, ayuda material y expresiones de participación. (18)

En la Diabetes Mellitus, el cónyuge y el resto del grupo familiar ayudan a solventar las limitaciones que puedan derivarse de la enfermedad (aparición, fallas en la dieta, desajuste emocional), sin apoyo este paciente no está en la mejor disposición, para coexistir con su patología. Cuando un paciente con enfermedad crónica tiene influencia familiar y relaciones personales, los mismos se adhieren al tratamiento y cumplimiento de la terapia integral en general. (19) En el paciente con diabetes mellitus el sentir una mayor participación e integración con su familia y al recibir esta confianza y afecto hace que estos pacientes puedan seguir con mayor facilidad su tratamiento. (20)

III. JUSTIFICACIÓN

La falta de adherencia al tratamiento, además de ser una de las causas principales de las complicaciones de enfermedades crónicas, implica una alta carga económica a los individuos y a la sociedad. (21)

El aspecto emocional y convivencia familiar adecuada influye en la conducta de motivación para que un paciente con DM2 sienta la necesidad y deseos de vivir, y esto lo lleva a un mejor control de su enfermedad. (22)

Cuando a un paciente se le diagnostica con diabetes mellitus se enfrenta a situaciones nuevas en su vida cotidiana como vigilar su salud, prevenir complicaciones y manejar problemas emocionales y sociales. Estas reacciones no solo se hacen presentes en el diabético, sino también en su familia, de modo que el sistema y la dinámica se ven afectados. Cuando la familia demuestra interés, se convierte en una fuente de motivación para el paciente logrando que adquiera seguridad y decisión facilitando controlar su padecimiento, al lograr un mejor control glicémico los costos asociados al tratamiento y sus complicaciones disminuyen, implicando un menor gasto para el sistema de salud y para el propio paciente, además con el apoyo familiar y la información que se les proporciona durante el estudio cabe la posibilidad de que se establezca la concientización en el ejercicio físico, la sana alimentación y las consecuencias benéficas que tiene sobre la salud, por lo que se impulsa a la cultura de prevención en la comunidad

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado del apoyo familiar en una muestra de pacientes con diabetes mellitus de UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua?

V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

5.1 OBJETIVO GENERAL

Se determinó el grado del apoyo familiar en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus de una muestra de pacientes de la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1 Se identificó los grados de apoyo familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

5.2.2 Se identificó la edad más frecuente del paciente con diabetes mellitus y su relación con el grado del apoyo familiar.

5.2.3 Se identificó el estado civil más frecuente encontrado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar

5.2.4 Se identificó la escolaridad más frecuente encontrada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar

5.2.5 Se identificó el género más frecuente encontrado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar

5.2.6 Se identificó la comorbilidad más frecuente encontrada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar.

VI. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.

6.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:

Estudio que se realizó con una muestra de 103 pacientes de la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a control en consulta externa consultorio 4 del turno vespertino .

6.2 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo y transversal.

6.3 PERIODO Y LUGAR DE ESTUDIO:

Estudio que se realizó en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua con los familiares de los pacientes derechohabientes que han sido diagnosticados con

diabetes mellitus tipo 2, durante el periodo marzo del 2014 a septiembre del 2015, y que acuden regularmente al servicio de consulta externa los cuales reunieron los criterios de inclusión, y que aceptaron responder a los cuestionarios de apoyo familiar y datos generales para medición de las variables en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, bajo firma de consentimiento informado por cada uno de los pacientes y sus familiares.

6.4 GRUPOS DE ESTUDIO:

Pacientes mayores de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 acompañados de familiar.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes que acudieron a cita de control en UMF No. 56, con diagnóstico conocido de diabetes mellitus tipo 2 a través de su expediente clínico, hombre o mujer de edad mayor o igual a 20 años acompañados de algún familiar que acepten participar en el estudio.

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que no aceptaron participar en el estudio o que por su condición de salud no le sea posible acudir a su control. Pacientes diabéticos tipo 1 u otro tipo.

6.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Entrevistas incompletas, que no contestaron completamente el cuestionario de estudio.

6.8 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestra no probabilística por conveniencia; se tomaron en cuenta los pacientes que acudieron a consulta de control y que cumplieron los criterios de inclusión.

6.9 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

6.9.1 VARIABLES INDEPENDIENTES:

Estado civil

Definición conceptual: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes al respecto.

Definición operativa: Para fines de este estudio se tomaron en cuenta el estado civil referido por el paciente en la encuesta.

Categoría: Cualitativa, Nominal

Indicadores: 1. Soltero, 2. casado, 3. Unión libre, 4. Divorciado, 5. Separado, 6. Viudo.

Estadístico: frecuencia, porcentaje.

Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

Definición operacional: Se consideró la edad de 20 años en adelante.

Categoría: Numérica

Indicador: década de la vida

Estadístico: porcentaje, frecuencia, moda, mediana, media.

Género

Definición conceptual: Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres

Definición operacional: Para fines de este estudio se capturó el género referido por el paciente en la encuesta.

Categoría: Nominal

Indicador: 1. Femenino, 2. Masculino.

Estadístico: frecuencia y porcentaje

Escolaridad

Definición conceptual: Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en la escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomó en cuenta la referida por el paciente en la encuesta.

Categoría: Nominal.

Indicador: 1 Analfabeta, 2 sabe leer y escribir, 3 primaria incompleta, 4 primaria completa, 5 secundaria incompleta, 6 secundaria completa, 7 medio superior incompleta, 8 medio superior completo, 9 profesionista.

Estadístico: frecuencia y porcentaje.

Comorbilidad

Definición conceptual: Es la presencia de uno o más trastornos además de un trastorno primario.

Definición operacional: Para fines de este estudio se consideró comorbilidad cuando el paciente al momento de la encuesta refirió dos o más enfermedades crónicas como: 1 hipertensión arterial, 2 dislipidemia, 3 cardiopatías 4 obesidad, 5 otros.

Categoría: Nominal

Indicador: 1. Si, 2. No.

Estadístico: frecuencia y porcentaje

6.9.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Apoyo familiar

Definición conceptual: Grado de satisfacción percibido por el paciente con DM tipo 2 sobre la conducta del cuidador principal en relación a ayuda tangible, interacción

intima, guía o información, realimentación e interacción social. Definición operacional: Se identificó de acuerdo a la percepción del paciente a través de la existencia o no de apoyo familiar de acuerdo a la aplicación del instrumento para evaluación de apoyo familiar

Categoría: Nominal

Indicador:

1. Alto. Apoyo familiar entre 188 y 255
2. Medio. Apoyo familiar, entre 120 y 187
3. Bajo. Apoyo familiar, puntuaciones entre 51 y 119

Estadístico: frecuencia y porcentaje.

7.0 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

A partir del 01 de julio 2015 se llevó a cabo la recolección de datos sobre la población derechohabiente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, del consultorio 4 del turno vespertino con jornada laboral de 12:00 a 20:00hrs de lunes a viernes. Se proporcionó con detalle toda la orientación conveniente acerca de la diabetes mellitus al paciente y a un miembro de la familia a través de las consultas médicas programadas como cita control donde se invitó al procedimiento de investigación. Posteriormente a todo paciente y su familiar que aceptaron con previo consentimiento informado, se les aplicó una encuesta validada que consta de 5 reactivos y 5 opciones de respuesta en escala de puntos sumativos o tipo Likert. 1. Nunca, 2. Pocas veces, 3. Algunas veces, 4. La mayoría de las veces y 5. Siempre. Sobre las áreas que explora el instrumento se dividieron en cuatro subescalas: 1) conocimiento sobre medidas de control, 2) conocimiento sobre complicaciones, 3) actitudes hacia el enfermo y 4) actitudes hacia las medidas de control, el apoyo familiar es clasificado como alto, medio y bajo, de acuerdo con la puntuación obtenida en el instrumento, los rangos para cada categoría se determinarían con

base en el intervalo, que se calcula con el valor de la puntuación máxima 255 menos el valor de la puntuación mínima 51 entre las tres categorías (intervalo de 68). Se determinó de la siguiente manera: apoyo familiar bajo puntuaciones entre 51 y 119, apoyo familiar medio entre 120-187 y apoyo familiar alto entre 188-255 (23) Se encuestaron los pacientes por semana según la agenda de consulta externa hasta finalizar el año del 2015.

La encuesta incluye también datos generales de los pacientes: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, enfermedades asociadas.

Encontré 104 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para investigar el grado de apoyo familiar del total de 188 pacientes correspondientes al consultorio 4 vespertino, 47 no acudieron con familiares en ninguno de los días de control, a pesar de la insistencia de su acompañamiento, todas las encuestas que se lograron aplicar estuvieron en su total contestadas, y la diferencia de 27 fueron pacientes remisos, la encuesta que utilicé formula preguntas con dos apartados el primero es un cuestionario donde se toman datos personales del paciente como la edad, estado civil, género, ocupación, etc., y la segunda parte es el instrumento para evaluar el apoyo familiar que fue contestado por el familiar del paciente que consta de 24 reactivos y describe el conocimiento de la enfermedad y su participación con esta.

VII. ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Se utilizó el paquete estadístico PSPP para el análisis de resultados.

Se ordenó en forma decreciente las puntuaciones totales obtenidas de la aplicación del inventario, con ellos se constituyeron dos grupos: uno con puntuaciones altas y el otro con bajas y se efectuó la prueba t de Student intragrupo para calcular el poder discriminatorio de cada ítem con una $p = o$ menor 0.05. (23) Con la misma prueba se determinarían las diferencias al interior del grupo por edad sexo y años de evolución. Se utilizó la prueba de correlación Alfa de Cronbach para calcular el coeficiente de confiabilidad. (24)

Se procesa la información utilizando frecuencias absolutas y relativas así como medidas de tendencia central de acuerdo al tipo de variables.

VIII. RECURSOS

8.1 HUMANOS:

Investigador en este caso, el médico residente de medicina familiar, asesor metodológico, pacientes y familiares participantes en el estudio.

8.2 FÍSICOS:

Área física de consulta externa de la UMF no. 56.

8.3 MATERIALES:

Equipo de cómputo e impresión, hojas tamaño carta, plumas y lápices además de tóner de impresora.

8.4 FINANCIEROS:

Por recursos propios del investigador.

IX. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación se realizó con estricto apego a la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos en su Título Quinto: Investigación para la Salud (Capítulo Único), tomando en cuenta los artículos 100 y 101 que a letra dicen:

* Artículo 100: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de Investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

* Artículo 101: Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes. De la misma forma nos basamos en la declaración de Helsinki, apoyándonos en los principales puntos:

Declaración de Helsinki (1975). En Medicina el consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Debe reunir al menos tres requisitos que son:

Voluntariedad

Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Información

Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.

Comprensión

Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información.

X. RESULTADOS:

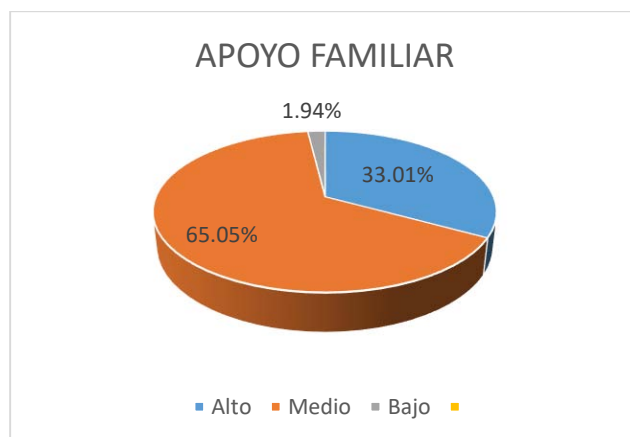
Respecto al apoyo familiar encontramos que un 33.01% de los pacientes encuestados tienen un apoyo familiar alto, un 65.05% (67 pacientes) presentan un apoyo familiar medio y un 1.94% del total con apoyo familiar bajo.

Tabla 1. Grado de apoyo familiar en el tratamiento con diabetes mellitus de una muestra de pacientes de la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua

Apoyo Familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Alto	34	33.01	33.01	33.01
Medio	67	65.05	65.05	98.06
Bajo	2	1.94	1.94	100.0
Total	103	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta 2015

Grafico 1. Grado de apoyo familiar en el tratamiento con diabetes mellitus de una muestra de pacientes de la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua.



Fuente: Tabla 1

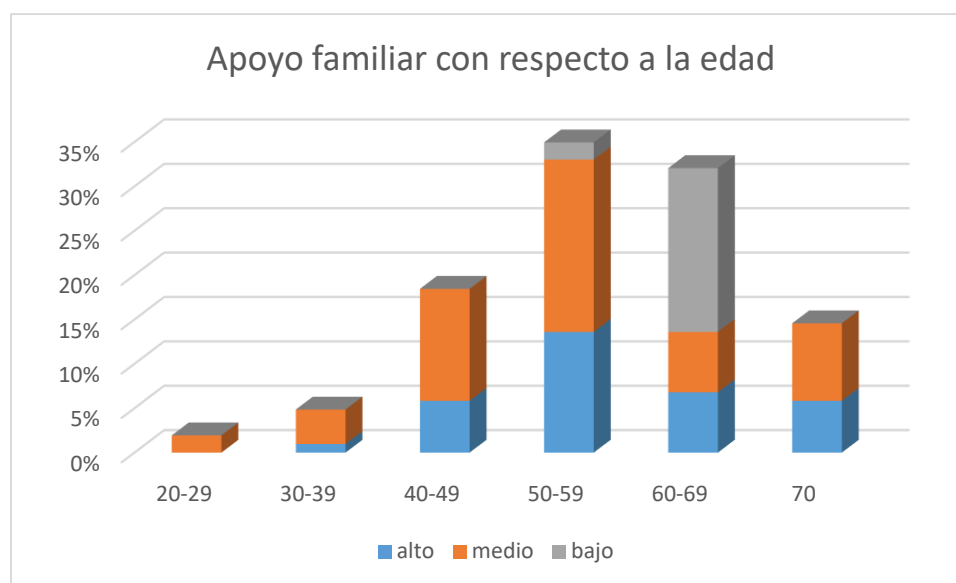
Referente a la edad, la mayor frecuencia se observa en los pacientes en la década de los 50 años con un 19.42% quienes reciben mayor apoyo considerado como medio, igualmente ubicado en la década de los 50 años con un 13.59% dentro de los considerados con apoyo alto.

Tabla 2. Grado de apoyo familiar con respecto a la edad del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua.

APOYO	DECADA						TOTAL
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	+ 70	
Alto	0%	.97%	5.83%	13.59%	6.80%	5.83%	33.01%
Medio	1.94%	3.88%	12.62%	19.42%	18.45%	8.74%	65.05%
Bajo	0%	0%	0%	1.94%	0%	0%	1.94%
Total	1.94%	4.85%	18.45%	34.95%	25.24%	14.56%	100%

Fuente: Encuesta 2015.

Grafica 2. Grado de apoyo familiar con respecto a la edad del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua.



Fuente: Encuesta 2015

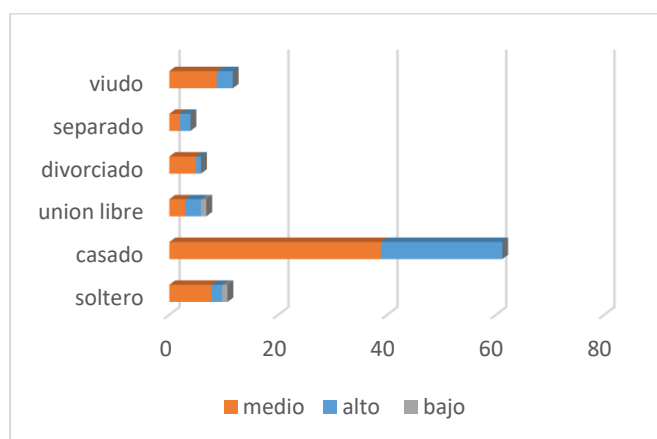
Referente al estado civil el porcentaje mayor de apoyo familiar se encuentra entre los casados con un apoyo medio de 38.83% del 65.05% del total dentro de este nivel, en el nivel alto, el estado civil con mayor apoyo es en los casados con un 22.33%, y con bajo apoyo en soltero con un 0.97% del 1.94% del total.

Tabla 3. Grado apoyo familiar según su estado civil en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua

APOYO FAMILIAR	ESTADO CIVIL						Total
	Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Separado	Viudo	
alto	1.94 %	22.33%	2.91%	0.97%	1.94%	2.91%	33.01%
medio	7.77%	38.83%	2.91%	4.85%	1.94%	8.74%	65.05%
bajo	0.97%	0%	0.97%	0%	0%	0%	1.94%
total	10.68%	61.17%	6.8%	5.83%	3.88%	11.65%	100%

Fuente: Encuesta 2015

Grafico 3. Porcentaje del apoyo familiar según su estado civil en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua



Fuente: Tabla 3

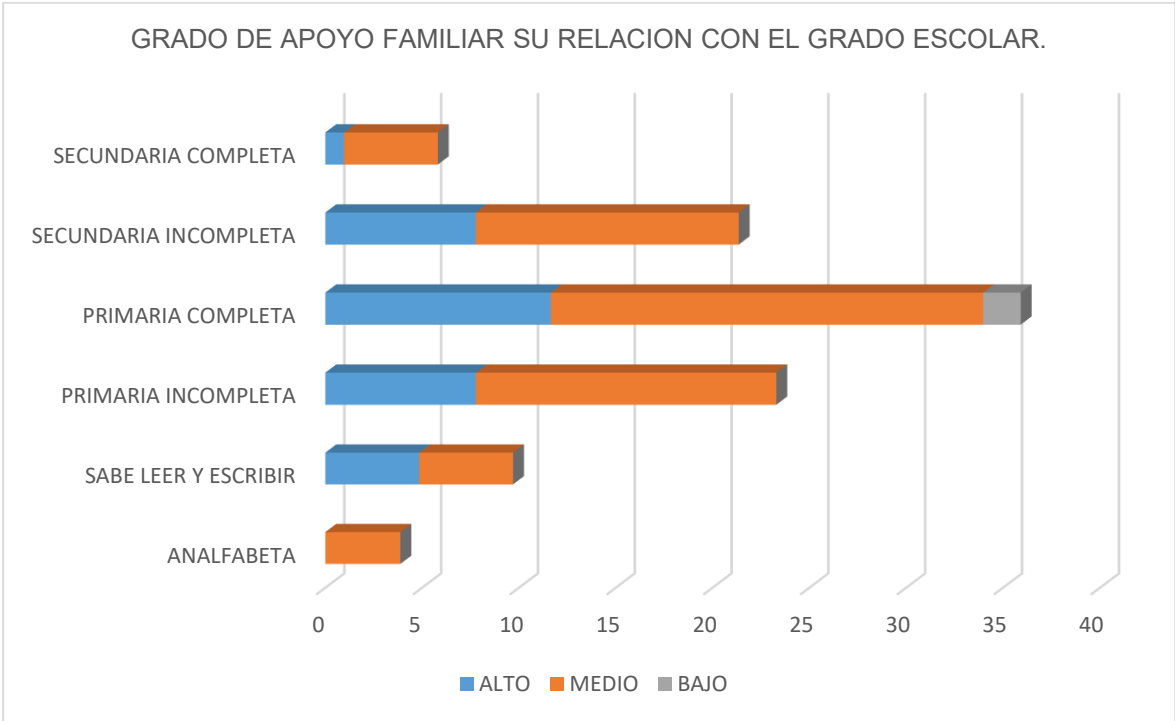
Referente a la escolaridad, el mayor apoyo familiar que se observó fue en los pacientes con escolaridad de primaria completa con un 22.33% del total del 65.05% considerados en apoyo medio, con escolaridad de primaria completa tiene un apoyo alto un 11.65% de los 33.01% del total que lo constituye.

Tabla 4. Escolaridad más frecuente encontrada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua.

APOYO FAMILIAR	ESCOLARIDAD						TOTAL
	ANALFABETA	SABE LEER Y ESCRIBIR	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMAR COMPTA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	
ALTO	0%	4.85%	7.77%	11.65%	7.77%	0.97%	33.01%
MEDIO	3.88%	4.85%	15.53%	22.33%	13.59%	4.85%	65.05%
BAJO	0%	0%	0%	1.94%	0%	0%	1.94%
TOTAL	3.88%	9.71%	23.3%	35.92%	21.36%	5.83%	100%

Fuente: Encuesta 2015

Grafica 4. Escolaridad más frecuente encontrada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua.



Fuente: Tabla 4

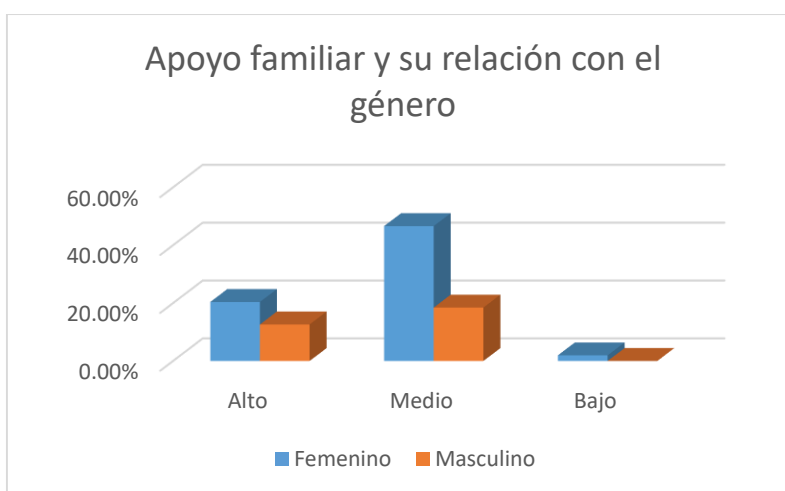
El género que mayor prevalece con apoyo alto es el femenino en un 20.39%, igualmente con apoyo medio con un 46.60%, sin ningún caso de masculino con apoyo bajo.

Tabla 5. Género más frecuente encontrado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Apoyo	GÉNERO		Total
	Femenino	Masculino	
Alto	20.39%	12.62%	33.01%
Medio	46.60%	18.45%	65.05%
Bajo	1.94%	0%	1.94%
Total	68.93%	31.07%	100%

Fuente: Encuesta 2015

Grafico 5. Género más frecuente encontrado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar en la UMF 56 de Ciudad Juárez.



Fuente: Tabla 5

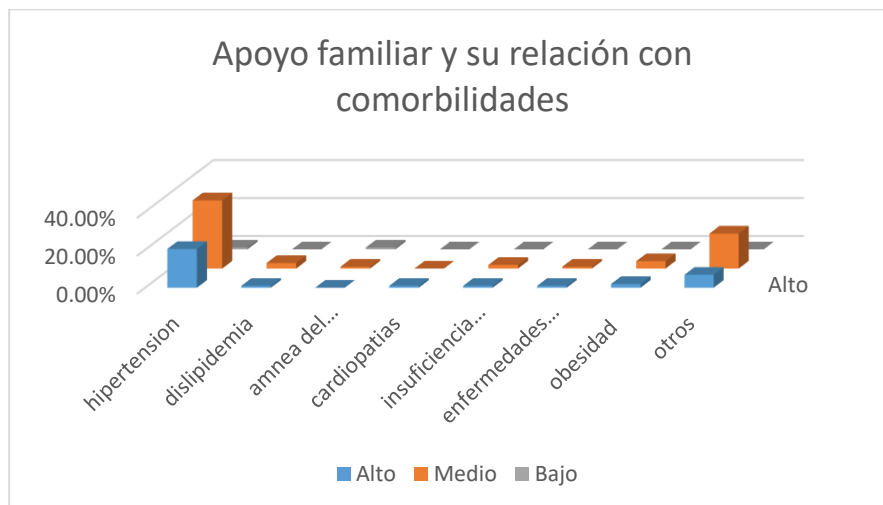
Referente al apoyo que reciben los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 la comorbilidad al que recibe un mayor grado de apoyo es la de hipertensión arterial sistémica con un 57.28% del total de los casos. Con apoyo alto un 20.39%, apoyo medio 35.92% y apoyo bajo .97%,

Tabla 6. Comorbilidad más frecuente encontrada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua

APOYO	Hipertension	Dislipid.	Amnea del sueño	Cardiopatias	Insufic. venosa	Enferm. digestivas	obesidad	Otros	TOTAL
Alto	20.39%	0.97%	0%	0.97%	.97%	.97%	1.94%	6.80%	33.01%
Medio	35.92%	2.91%	.97%	0%	.97%	.97%	3.88%	18.45%	65.05%
Bajo	.97%	0%	.97%	0%	1.94%	0%	0%	0%	1.94%
Total	57.28%	3.88%	1.94%	.97%	2.91%	1.94%	5.83%	25.24%	100%

Fuente: Encuesta 2015.

Grafico 6. Comorbilidad más frecuente encontrada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el grado del apoyo familiar en la UMF 56 de Ciudad Juárez, Chihuahua.



Fuente: Tabla 6

XI. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que en los pacientes con diabetes mellitus obtienen un apoyo medio en un 65.05% dato que coincide con el estudio de Azzollini y cols. (2011) donde reportan que los pacientes con diabetes mellitus solo a veces o nunca han sido apoyados por su familia generando un cumplimiento significativamente inferior.

La mayoría de los encuestados que recibieron mayor apoyo de sus familiares tienen la escolaridad de secundaria completa resultado que coincide con los datos obtenidos en el estudio de Ávila-Jiménez y cols. (2013) en donde reporta que el grado de escolaridad con mayor apoyo familiar y conocimientos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fue primaria completa y secundaria completa, estudio realizado en Cuernavaca, Morelos, México. Esto puede deberse a que la edad más frecuente de los encuestados oscila entre los 50 años, donde se alcanza mayor grado de escolaridad, sin embargo existen pacientes que apenas saben leer y escribir o son analfabetas y requiere de un mayor apoyo familiar, sin embargo en las consultas médicas aun asisten pacientes de edad avanzada sin compañía de familiar, lo que dificulta el apego a su control y tratamiento.

Se observa en este estudio que la mujer obtiene mayor apoyo familiar que en los hombres como se observa en el estudio de Valadez-Figueroa y cols. (1993) influenciado probablemente por la cultura, demostrando que en la mujer a pesar del paso del tiempo continua con mayor apoyo, sin embargo aun así existe la problemática del abandono en ambos géneros.

Se encontró que la comorbilidad que con mayor frecuencia se presento fue hipertensión arterial coincidiendo con los estudios de Guerrero de León (2013) en un 40.9%.

XII. CONCLUSIÓN

En este estudio se observó que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 reciben un apoyo medio en un 65.05% del total de los pacientes.

La década de edad en donde reciben mayor apoyo es entre los 50-59 años de edad en un 18.45%, se obtuvo una Chi cuadrada no significativa de 0.774.

Los que mayor apoyo familiar reciben son los casados en un 38.83% con una Chi cuadrada no significativa de 0.194.

La escolaridad que prevaleció en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fue primaria completa en un 35.92% de los cuales 22.33% del total reciben un apoyo medio. Con una Chi cuadrada no significativa de 0.648.

El género femenino recibe mayor apoyo que el masculino en un 68.93%, considerando con un apoyo medio del 46.60% del total de los casos. Con una Chi cuadrada no significativa de 0.378.

La comorbilidad más frecuente entre los pacientes es la hipertensión arterial, en más de la mitad de los casos con un 57.28%. Con una Chi cuadrada significativa de 0.012.

El apoyo que se obtiene de los familiares no es suficiente por lo que se debe de incluir con más insistencia a los controles mensuales a los familiares, no importando género, escolaridad, aunque se debe de detectar los pacientes analfabetas o que apenas saben leer y escribir ya que es un factor determinante para la comprensión de las indicaciones.

Con respecto al estado civil se esperaba que el de mayor apoyo lo encontraríamos en los casados masculinos, sin embargo es en las mujeres donde más apoyo se encuentra probablemente por la toma de responsabilidad de los hijos y el factor afectivo, es notable la relación que se tiene de la influencia de comorbilidad donde se confirma la asociación entre diabetes mellitus e hipertensión arterial, por tal motivo se hace más relevante las medidas preventivas para las comorbilidades.

XIII. RECOMENDACIONES

Para el área médica insistir a los familiares acompañar a los pacientes con diabetes mellitus a consulta para lograr un grado alto de apoyo, involucrándolos en el control sin importar si son adultos mayores o adultos jóvenes, ya que con esto se lograría mayor conocimiento acerca del padecimiento, mayores cuidados y mejor apego a dieta, ejercicio y tratamiento, por consecuencia menores complicaciones.

Insistir en la detección del abandono de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, involucrando aún más al área de trabajo social para que se indague acerca de las condiciones de vivienda y sustento de los pacientes y proporcionar redes de apoyo para todos aquellos que lo necesiten.

A las instituciones de salud: mayor capacitación a los trabajadores de la salud acerca de la enfermedad crónica degenerativa para lograr una mayor sensibilización y prevenir el abandono iniciando desde los propios familiares.

A las instituciones gubernamentales la sugerencia de realizar una mayor difusión de los padecimientos crónicos degenerativos sobre todo en el aspecto del apoyo familiar, difundir las consecuencias positivas que esto genera.

Implementar mayor número de grupos de autoayuda dentro de las instituciones de salud en el que se involucre al paciente junto con un familiar para fortalecer un mayor apego y terapia de apoyo.

A los investigadores en ciencias continuar realizando estudios sobre apoyo familiar en enfermedades crónicas degenerativas, para detectar y comprobar la influencia que tiene la familia sobre el control y la prevención de sus complicaciones.

XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AVANCE (PRIMER AÑO) 2014-2015 MESES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Pregunta de investigación, Marco teórico	X	X	X									
Planteamiento del problema, Objetivos, Justificación, hipótesis y diseño		X	X									
Material y métodos, Planteamiento del análisis estadístico		X	X									
Bibliografía y anexos , Registro en SIRELCIS y envío al CLIS			X	X								
Realización de modificaciones ; Terminarlas y re-envío al CLIS				X	X							
Autorización del protocolo por el CLIS						X						
Protocolo autorizado por el CLIS							X	X				
Entrega del dictamen a la CES								X				
Recopilación de datos 10%									X	X		
Recopilación de datos 20%											X	X
AVANCE (SEGUNDO AÑO) 2015-2016 MESES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Recopilación de datos (30 %)	X	X										
Recopilación de datos (40 %)		X	X									
Recopilación de datos (50 %)			X	X								
Recopilación de datos (60 %)				X	X							
Recopilación de datos (70 %)					X	X						
Recopilación de datos (80 %)						X	X					
Recopilación de datos (90 %)							X	X				
Recopilación de datos (100%)								X	X			
Elaboración de base de datos									X	X		
Análisis estadístico										X	X	
Interpretación de resultados y conclusiones											X	X
AVANCE (TERCER AÑO) 2016-2017 MESES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Redacción de la tesis (25.0 %)	X	X										
Redacción de la tesis (37.5 %)		X	X									
Redacción de la tesis (50.0 %)			X	X								
Redacción de la tesis (62.5 %)				X	X							
Redacción de la tesis (75.0 %)					X	X						
Redacción de la tesis (100 %)						X	X					
Envío de la tesis a la CES							X	X				
Envío de la tesis a la UNAM								X	X			
Realización de modificaciones									X	X		
Envío de tesis modificada a la UNAM										X	X	

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Actualización en el Diagnóstico de la Diabetes. Benzadón, Mariano, Forti, Luján y Sinay, Isaac. 74, 2014, Medicina.
2. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes tipo 2. Gil-Velazquez, L. 51, 2013, Rev Med Inst Mex Seguro Soc, Vol. 1, págs. 104-19.
3. Cooperación transfronteriza en investigación sobre diabetes mellitus tipo 2. Canela Soler, Jaume et al. 3, Mexico-Estados Unidos : s.n., 2010, Rev Panam Salud Publica, Vol. 28, págs. 159-63.
4. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Lopez Ramon, Concepcion y Avalos Garcia, Maria Isabel. 2, s.l. : Arabic, 2013, Revista Cubana de Salud Publica, Vol. 39, págs. 331-345.
5. OMS. Diabetes. [En línea] 2013. [Citado el: 27 de agosto de 2014.] [www..who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/).
6. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Hernandez, Mauricio, Gutierrez, Juan Pablo y Renoso, Nancy. 2, 2013, Salud Publica de México, Vol. 55.
7. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología A.C. SAM-Diabetes. s.l. : Editores Intersistemas, 2000. pág. 36.
8. Estilos de personalidad adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Granados, Elodia y Escalante, Eduardo. 2, Lima,Peru. : s.n., 2010, LIBERABIT, págs. 203-216.
9. Alimentación y Diabetes. cols, S. Duran Agüero y. 27 (4), 2012, Nut. Hosp, págs. 1031-1036.
10. Enfoque Nutricional en la Diabetes Mellitus. Lahsen M., Rodolfo y Reyes, Soledad. 20(5), 2009, Rev. Med. Clin. CONDES, págs. 588-596.
11. Resultados de actividad física y sedentarismo en personas de 10 a 69 años. Medina, Catalina, Barquera, Simon y Janssen, Ian. 2012, Salud Publica de Mexico.
12. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Ministerio de Sanidad. Madrid : Ministerio de Sanidad. Servicios sociales e igualdad centro de publicaciones, 2012, Sanidad.

13. El estado del arte de la Psicología de la Salud. Oblitas, Luis A. 2, 2008, Revista de Psicología , Vol. XXVI.
14. Influencia de la Familia en el Control Metabólico del Paciente Diabético tipo II. Valadez-Figueroa. 35, 1993, Salud Publica Mex, págs. 464-470.
15. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Méndez, LD.M. 42 (4), 2004, Revista Médica del IMSS, págs. 281-284.
16. Secretaría de Salud. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [En línea] 2008. [Citado el: 27 de agosto de 2014.] www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html.
17. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar i el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. Avila Jimenez, Laura, y otros. 2, febrero de 2013, Rev Med Chile, Vol. 141, págs. 173-180.
18. Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos. Álvarez, M.D. Colima, Colima : s.n., 2005 , Tesis para obtener diploma de especialista en medicina familiar.
19. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. Herrera, D L, Quintero, O y Hernández, M. 6 (12), 2008, Academia, págs. 62-72.
20. Portilla Garcia, Lisette Angie. Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus y sin adherencia al tratamiento. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Peru : s.n., 2011. Tesis Profesional.
21. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Gonzales-Castro, P. 5, Jul-Dic 2011 de Año 3, Waxapa, Vol. 2.
22. Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. Martos, M. J., Pozo, C. y Alonso, E. 93, 2008, Boletín de Psicología, págs. 59-77.
23. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al. Isabel Valadez Figueroa, Noé Alfaro Alfaro, Guillermo Centeno Covarrubias y Carlos Cabrera. 3,

Guadalajara, Mexico : Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2003, Vol. V.
1405-7980.

24. Summer, G. Medicion de actitudes. México : Trillas, 1983.

25. Slegel, S. Estadistica aplicada a ciencias de la conducta. Mexico : Trillas, 198.



ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Grado de apoyo familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 56 Cd. Juárez, Chihuahua.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Octubre 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar el apoyo familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2
Procedimientos:	Aplicación de encuesta validada con datos sociodemográficos y de su padecimiento
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejor control y orientación
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Confidenciales
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	absolutos
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Sara Emilia Barranco Merino tel. 6567056249 correo saremibm_04@hotmail.com
Colaboradores:	German I. Barranco Merino tel. 656 1662499 correo gibarran@uaci.mx , Maria Dolores Meléndez Velázquez tel. 6563835607, correo maria.melendezv@imss.gob.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

ANEXO 3. INSTRUMENTO PARA EVALUAR APOYO FAMILIAR AL PACIENTE DIABÉTICO

	A	B	C	D	E
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies	5	4	3	2	1
2. El diabético debe en su casa medirse la glucosa en la sangre	5	4	3	2	1
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos	5	4	3	2	1
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por :					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
c) La hija/o mayor	5	4	3	2	1
d) Otra persona	1	2	3	4	5
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por:					
a) El paciente mismo	1	2	3	4	5
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que :					
a) Tomar sus medicinas	5	4	3	2	1
b) Llevar su dieta	5	4	3	2	1
c) Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
d) Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
e) Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
7. Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico	5	4	3	2	1
8. Cuando su familiar enfermo come mas alimentos de los indicados usted:					
f) Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
g) Le retira los alimentos	1	2	3	4	5
h) Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
i) Insiste amenazando	1	2	3	4	5
j) No dice nada	1	2	3	4	5
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina	5	4	3	2	1
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético:					
a) Porque no sabe	5	4	3	2	1
b) Porque no le gusta	5	4	3	2	1
c) Porque le quita tiempo	5	4	3	2	1
d) Porque cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1
11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica:					
a) Le recuerda	5	4	3	2	1
b) Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
c) Le lleva la medicina	5	4	3	2	1
d) Lo regaña	1	2	3	4	5
e) Nada	1	2	3	4	5
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5	4	3	2	1
13. Considera necesario que el diabético acuda al dentista	5	4	3	2	1
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)	5	4	3	2	1
15. El ejercicio físico baja la glucosa	5	4	3	2	1
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la glucosa	5	4	3	2	1
17. La glucosa en la sangre debe medirse antes de los alimentos	5	4	3	2	1
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas	5	4	3	2	1
19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted:					
a) Lo acompaña	5	4	3	2	1
b) Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
c) Está al tanto de las indicaciones	5	4	3	2	1
d) No se da cuenta	1	2	3	4	5
20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar	5	4	3	2	1
21. Platica con el médico acerca de la enfermedad y de las indicaciones que le dieron a su familiar.	5	4	3	2	1
22. ¿ Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento:					
a) Tés	1	2	3	4	5
b) Homeopatía	1	2	3	4	5
c) Remedios caseros	1	2	3	4	5
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético:					
a) El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
b) El uso de talcos	5	4	3	2	1
c) El recorte adecuado de uñas	5	4	3	2	1
d) Que evite golpearse	5	4	3	2	1
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo	5	4	3	2	1

A=Siempre B= Casi siempre C=Ocasionalmente D=Rara vez E= Nunca